4. P.S.S.を合併したII型糖尿病の2例

（糖尿病センター）
○佐藤　麻子・小田桐玲子・平田　幸正
（皮膚科）大江麻里子・肥田野　信

今回，我々はII型糖尿病とP.S.S.の合併した2例を経験したので報告する．

症例1：45歳．女性．主訴，四肢のしびれ感．昭和30年糖尿病症状出現．昭和31年経口血糖降下剤開始．昭和35年両膝関節痛・歯槽膿漏にて他医入院．インスリン療法開始．昭和58年両眼羞明感・四肢末端のしびれ感・下肢浮腫出現．昭和59年浮腫は利尿剤にて軽快したが，四肢のしびれ感増強し当科入院．入院時，糖尿病性神経障害・網膜症・腎症を認め，食事療法とインスリン療法にて血糖コントロール良好．しかし，四肢のしびれ感は軽快傾向なく，昭和60年には左第2指MP関節の疼痛と腫張出現．皮膚科受診，皮膚生検にてP.S.S.と診断された．

症例2：65歳．女．主訴，右第4趾壊疽．昭和46年胆石罹患時に糖尿病を指摘されたが放置．昭和54年高血圧症．昭和56年レイノー症状出現し次第に増強．6月右第4趾に靴ずれによる潰瘍出現，難治性のため当科入院．

入院時，手指ソーセージ様，軽度屈曲拘縮あり，嚥下障害・舌小帯の短縮を認め，血沈亢進・免疫学的検査の異常が認められ，皮膚生検施行，P.S.S.と診断．右第4趾壊疽に関しては局所レーザー治療が奏功し軽快したが，P.S.S.の症状は不変であった．糖尿病性網膜症を認めたが，食事療法とインスリン療法にて血糖コントロール良好となった．

I型糖尿病では，抗甲状腺・抗胃壁細胞・抗副腎・抗下垂体抗体などの自己免疫抗体の出現，リウマチ因子の出現などの免疫異常と合併しやすいことが知られているが，今回我々はII型糖尿病とP.S.S.の合併した2例を経験したので報告する．

5. 術後肺機能よりみた早期離床の効果

（第2外科）○瀬下　明良・鈴木　忠・
倉光　秀麿・織畑　秀夫

病人にとって，安静は治療の第1歩であり，有効な手段の1つである場合が多いが，その他面，長期の安静による弊害が知られるようになり，各科において早期離床がすすめられるようになった．腹部手術後も同様であるが，実際には，術後1週間ぐらいの間は，患者は痛みのため動きたがらず，医療側も，痛みがとれて自然に動きだすのを待ってもそれほど問題がないだろうと考え，積極的には離床をすすめない場合が多い．一方，全身麻酔でなされた腹部手術後の合併症として，呼吸不全は重要なものであり，呼吸不全までならなくとも，肺機能の低下により低酸素血症が持続する場合が多い．今回，この術後の肺機能に関して，早期離床の及ぼす効果について検討した．

全身麻酔で開腹手術を受けた成人患者86名を対象とした．術後第1病日より万歩計を携帯させ毎日の運動量を測定し，それにより，患者群を，ほとんど離床しない群から，十分に離床している群までの4群に分けて検討した．肺機能の指標として，動脈血酸素分圧（PaO_2），炭酸ガス分圧（$PaCO_2$）を採用した．

術後の運動量には，年齢，手術時間，術前の肺機能などは大きな影響がなかった．

肺機能は，全体では，PaO_2第3病日に最低となり，第5病日でも低く，第7病日になって術前値に回復した．$PaCO_2$は有意な変化を示さなかった．次に各群別にこの変化を比較すると，運動群つまり離床のすすんだ群ほどPaO_2の低下の程度が少なく回復もはやくなった．但し，術後早期（第2，3病日以内）に離床をはじめないと，その差は生じなかった．

6. 巨大肺嚢胞を伴った慢性炎症に合併した原発性肺癌の1治験例

（第1外科）
○板岡　俊成・中島　秀嗣・曽根　康之・
横山　正義・和田　壽郎
（第1病理）豊田　智里・武石　　詢
（放射線科）
鈴木　恵子・成松　明子・重田　帝子

今回，巨大肺嚢胞を伴った慢性炎症に原発性肺癌を合併した稀な症例を経験したので報告する．

症例：58歳男性で右背部痛を主訴として近医受診し精査目的のため当科に紹介された．家族歴で肺結核，既往歴では特記すべきことは認められなかったが，喫煙歴は20本/日×45年間であった．現病歴は，昭和60年11月頃より背部痛出現していた．特に血痰等の呼吸器症状は認められなかった．

入院時検査にて両側上肺野に多数の肺嚢胞と右第5肋骨後縁の骨融解像，rtS^{1}に炎症像さらにツベリクリン反応強陽性をみたため，連続喀痰細胞診，細菌検査を行なったが常在菌のみで，また悪性細胞も認められなかった．しかし，胸部断層・CT検査にてrtS^2_a～S^{1}にかけて悪性所見を疑わせるため昭和61年2月10日手術となった．術用所見として，胸水は認めなかったが右

上葉と背部壁側胸膜との癒着が認められたため，右上葉切除と右胸壁（第3，4，5肋骨後部）切除を一塊にして行なった．切除標本にて悪性所見をみたため，同時に縦隔リンパ節までの郭清を行なった．なお，右背部胸壁はメッシュにて修復した．病理学的病期は $T_3N_0M_0$ で，巨細胞を含む大細胞癌であった．

術後経過は良好で，術後2カ月の現在，外来観察中である．

7. 温熱化学療法により腫瘍の縮小と疼痛の軽減のみられた脊索腫の1例

（第1外科）

○中島　秀嗣・横山　正義・田原　士朗・曽根　康之・小野　　真・和田　壽郎

脊索腫は脊椎の発生原基であるnotochordの遺残から発生する腫瘍であり仙骨部に好発する．腫瘍は椎体部を破壊し，周囲組織に対して圧迫性に増大し，神経根性の疼痛をしばしば認める．治療としては完全切除が最も望ましいが，不可能のことが多い．今回我々は切除不能とされた脊索腫の症例に対し抗癌剤を併用した全身温熱療法を行ない，腫瘍の縮小及び疼痛の軽減を得られたので報告する．

症例：76歳，男性

主訴：仙骨部痛及び仙骨部腫瘤

既往歴及び家族歴：特記すべきことなし

現病歴：昭和58年2月頃より仙骨部痛を感じるようになり，8月頃より疼痛が強くなり近医受診，骨盤部X-Pにて異常を指摘され，同12月1日東芝中央病院受診する．同12月7日仙骨腫瘍の診断のもとに切除術施行，病理にて脊索腫と診断される．その後他院ペインクリニックで疼痛のコントロールを行なっていたが，昭和60年11月頃より疼痛が強くなり温熱療法を希望して当科受診，同12月12日入院となる．

入院時骨盤部CT，MRI-CTで仙骨部に約6.2×5.5×3.7cmの腫瘍を認め，骨シンチでは骨盤内にRI集積を認めるも遠隔転移は認めなかった．昭和60年12月24日大腿動脈脱血，大腿静脈還血の体外循環全身温熱療法を施行する（CDDP 10mg アドリアシン 50mg 併用）昭和61年1月24日同様に第二回目の全身温熱療法を施行する（CDDP 50mg アドリアシン50mg 併用）

術後の骨盤部CT，MRI-CTでは腫瘍の明らかな縮小を認め，又疼痛も殆んど消失し，現在外来にて観察中である．

8. 電子スコープの使用経験

（成人医学センター）

○森吉百合子・川村　雅枝・中井　呈子・三輪　洋子・赤上　　晃・山内　大三・前田　　淳・山下　克子・横山　　泉
（消化器外科）鈴木　博孝

我々は，従来の内視鏡とは全く異る原理を応用した電子スコープ（Toshiba-Machida 製）を使用する機会を得た．このスコープは微細観察面で優れた力を発揮するが，近接観察時のブレ，操作製などで改良すべき点がある．今回は我々の経験した臨床面での応用に若干の考察を加えて報告する．

9. Coomassie brilliant blue G-250 色素法による尿・髄液中蛋白定量の自動化への応用

（中検）

○田中　富子・水越　貴秀・岡崎　郷江・荻　　三男・清水喜八郎

日常検査に広く用いられている尿・髄液中の微量蛋白定量法として，アルカロイド試薬によるKingsbury-Clark（K-C）比濁法やBiuret法などがあるが，前者は温度差や蛋白質の種類により粒子形成濁度が異なるため測定精度，正確性に欠ける問題点があり，後者は原理的には極めてすぐれているが，微量蛋白を除蛋白試薬で沈殿精製させた後に呈色反応を行なうなど操作が煩雑で自動化への応用ができない問題点があった．

これらの問題点を回避することのできるBradfordによるCoomassie Brilliant Blue G-250（CBB-G250）色素結合法を用いた尿，髄液中微量蛋白定量をオリンパスAN-500自動分析機へ応用する事を試みた結果，希釈直線性，測定精度，および共存物質の影響等による基礎的検討において十分満足する良好な結果を得たので報告する．

10. 肝保存法の研究—単純冷却と Oxypherol を用いた灌流保存—

（腎外科）

○藤田　省吾・唐仁原　全・中島　一朗・中川　芳彦・林　　武利・本田　　宏・渕之上昌平・寺岡　　慧・高橋　公太・東間　　紘・阿岸　鉄三・太田　和夫

目的：肝保存法に関する研究は多く，灌流保存で24時間以上生存したという良好な成績も散見される．しかしながら，現在もなお，保存方法，灌流液などについて，問題点が多い．今回，我々は，単純冷却保存と，Oxypherolを用いた低温持続灌流による肝保存を行ない以下の点を検討した．1）肝移植後の経過とActivated clotting time（ACT）．2）肝組織所見．3）